CUADRO DE INMUNIZACIONES 2006
PREGUNTE A SU MÉDICO ACERCA DE ESTOS SERVICIOS PREVENTIVOS

El siguiente cuadro se basa en el Cuadro de inmunizaciones recomendadas para la infancia y la adolescencia de 2006, aprobado por el Comité consultivo sobre prácticas de inmunización (ACIP), la Academia estadounidense de pediatría y la Academia estadounidense de médicos familiares (AAFP). Posiblemente su médico pida inmunizaciones adicionales para satisfacer las necesidades individuales de atención médica de su hijo.

VACUNA	DEBE APLICARSE A MÁS TARDAR EL...
Difteria, tétanos, tosferina (DTP o DTaP)	2 meses 4 meses 6 meses De 4 a 6 años
Hepatitis B	Al nacer o 1 a 2 meses (sólo si la madre tiene resultados negativos de Hepatitis B) De 1 a 4 meses De 6 a 18 meses
Polio inactiva	2 meses 4 meses De 6 a 18 meses De 4 a 6 años
Antineumocócica (PCV) * Antineumocócica (PPV)	2 meses 4 meses 6 meses De 12 a 15 meses De 5 a 18 años (aplicada además de la PCV para grupos de alto riesgo)
Sarampión, paperas, rubéola	De 4 a 6 años De 12 a 15 meses
Antimeningocócica (MCV4)	De 11 a 12 años
Varicela	De 12 a 18 meses
Influenza hemófila Tipo B (Hib)	2 meses 4 meses 6 meses (no es obligatoria si el niño recibió 1PRP-OMP a los 2 y 4 meses) De 12 a 15 meses
Tétano, difteria (Td)	De 11 a 12 años
* Hepatitis A	De 12 meses a 18 años (Serie de Hepatitis A)
* Influenza (anual)	De 6 meses a 18 años

* Estas vacunas son para las poblaciones selectas con ciertos factores de riesgo. La decisión de aplicar esta vacuna deberá tomarla el padre o tutor, en consulta con el médico u otro proveedor de atención médica.

Presentado a usted por Healthy Families Program
Visite nuestro sitio web en www.healthyfamilies.ca.gov